

個人情報開示請求書

申込年月日 年 月 日

医療法人徳洲会
白根徳洲会病院 院長 殿

貴院が保有する下記の個人情報の開示につき請求いたします。

1 開示を求める個人情報の対象者

フリガナ	
お名前	
ご住所	
生年月日	

2 開示を求める個人情報の種類及び範囲

個人情報の種類 (該当するものを全てを○で囲んでください)	個人情報の範囲 (該当するものを○で囲み、記入してください)
1 診療録 (カルテ記載)	(ア) 年 月 日 から
2 処方せん	
3 手術記録	年 月 日 まで
4 検査結果・所見	
5 放射線画像	年 月 日 から
6 看護記録	
7 助産録	年 月 日 まで
8 歯科記録	
9 その他	(イ) 年 月 日 から
()	診療の終了まで
()	
()	(ウ) 当院での診療期間すべて

3 開示請求者

お名前	印
ご住所	
電話番号	
患者との関係	本人・代理人(本人との関係)
本人確認方法	免許証・保険証・パスポート・代理人の証明書(複写を添付)

医療機関処理欄

受付	主治医		院長	開示の可否決定
				(可 ・ 否)